

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/ wir den Beitritt zum Lebenshilfe Münster e.V. als:

**Einzelperson** (Elternteil, Angehörige\*r, Sorgeberechtigte\*r)  
*jährlicher Mindestbeitrag: 60,00 Euro*

**Ermäßigt** (Mensch mit geistiger oder vergleichbarer Behinderung und/oder Jugendlicher bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres)  
*jährlicher Mindestbeitrag: 15,00 Euro*

**Familie** (max. zwei erwachsene Personen, die allein oder mit mind. einer Person unter 25 Jahren in engem familiären Bezug zusammen leben)  
*jährlicher Mindestbeitrag: 60,00 Euro*

**Förderer**  
*jährlicher Mindestbeitrag: 60,00 Euro*

Ich erkläre mich bereit, einen höheren Beitrag von ..... Euro jährlich zu zahlen.

## Mitglied 1

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

## ggf. Mitglied 2

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

## ggf. Mitglied 3

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

## ggf. Mitglied 4

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

## Anschrift

Straße : \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort : \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

## Freiwillige Angaben zu Ihre/ Ihrer Angehörigen mit Behinderung

Name, Vorname, Geb.-Datum : \_\_\_\_\_

Im Mitgliedsbeitrag eingeschlossen ist der Bezug der Lebenshilfe-Zeitung der Bundesvereinigung Lebenshilfe (jährlich vier Ausgaben) sowie des örtlichen Rundbriefes (jährlich zwei Ausgaben). Die Mitgliedschaft kann bis zum 30. September, jeweils zum Jahresende, schriftlich gekündigt werden. Nach Erhalt Ihrer Beitrittserklärung senden wir Ihnen weitere Unterlagen sowie eine Einzugsermächtigung zu.

Ort/Datum : ..... Unterschrift (Mitglied 1): .....

Bitte senden Sie die ausgefüllte Beitrittserklärung an:

**Lebenshilfe Münster e.V.**

Windthorststraße 7 // 48143 Münster // Fax: (0251) 53906-20 // Mail: info@lebenshilfe-muenster.de